

408
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

Par JULES LE BOUL
Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 21 mai 1868

DES TUMEURS
DE LA
PAROI ANTÉRIEURE DE L'AISELLE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
JALAGUIER, DÉJERINE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

Par JULES LE BOUL

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 21 mai 1868

DES TUMEURS

DE LA

PAROI ANTÉRIEURE DE L'AISELLE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
JALAGUIER, DÉJERINE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
MES PREMIERS MAÎTRES

A MONSIEUR QUÉNU

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le D^r Quénu, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux, qui nous a prodigué son enseignement, et nous a montré beaucoup d'intérêt en nous engageant à choisir ce sujet de thèse, et en nous permettant d'étudier à son laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux.

Nous remercions aussi MM. Le Dentu, Sébilleau, Schwartz, Hartmann, qui ont eu l'obligeance de nous permettre de publier leurs observations.

Que M. le professeur Terrier, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'assurance de notre sincère reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553811_0043

DES TUMEURS

DE LA

PAROI ANTÉRIEURE DE L'AISSELLE

INTRODUCTION

Le 31 janvier 1894, M. Quénu nous faisait à l'hôpital Cochin une leçon sur deux cas de tumeurs des pectoraux qu'il avait opérées dans son service, et nous citait un autre cas vu par M. Sébileau dans le service de M. Le Dentu.

M. Quénu nous faisait remarquer qu'il serait intéressant de rechercher les cas qui ont pu être publiés de tumeurs de la paroi antérieure de l'aiselle, les traités classiques ne faisant même pas mention des tumeurs occupant l'épaisseur de cette paroi, alors qu'il y a de nombreuses descriptions concernant les tumeurs qui siègent dans le fond

ou sur la paroi externe du creux axillaire (soit du côté des os, des ganglions lymphatiques ou des vaisseaux).

Cette étude peut cependant donner lieu à quelques considérations intéressantes au sujet du diagnostic de ces tumeurs avec celles des organes voisins, surtout de la glande mammaire.

Notre travail aura donc pour but d'exposer les observations que nous avons trouvées éparses dans la littérature médicale, et de montrer les difficultés du diagnostic.

Nous allons commencer par voir rapidement l'anatomie de cette région en laissant de côté la peau et la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée qui ne nous occuperont pas dans ce travail, car il serait inutile et trop long d'insister sur ces affections bien étudiées déjà que l'on rencontre chez l'homme et chez la femme, soit du côté de la peau, soit du côté de la mamelle (cancroïdes de la peau, tumeurs de la glande mammaire). Nous étudierons seulement les tumeurs qui siègent plus profondément dans la région des muscles pectoraux.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE.

Les organes qui constituent la paroi antérieure du creux de l'aisselle sont, après la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, le grand pectoral, le petit pectoral, deux aponévroses, des vaisseaux et des nerfs, et du tissu cellulaire.

GRAND PECTORAL. — C'est un muscle large, épais, triangulaire, qui s'insère par de courtes fibres aponévrotiques sur les deux tiers internes de la clavicule (portion claviculaire), sur la face antérieure du sternum (portion sternale), sur les cinq ou six premières côtes et sur leurs cartilages (portion chondro-costale), sur l'aponévrose du grand oblique (portion abdominale). Tous ces faisceaux convergent vers la coulisse bicipitale de l'humérus, à la lèvre antérieure de laquelle ils s'attachent par un tendon large et puissant.

Ce tendon est en général composé de deux lames séparées l'une de l'autre par une couche de

tissu adipeux. La lame antérieure continue la portion claviculaire ou descendante du muscle, et s'insère particulièrement à la partie inférieure de la gouttière; la lame postérieure continue le segment ascendant ou chondro-abdomino-sternal du muscle, et s'attache surtout à la moitié supérieure de la gouttière (1).

On voit que le grand pectoral a la forme d'un grand triangle à base courbe. Son bord inféro-externe limite en avant le creux de l'aisselle.

Son bord supéro-externe est séparé du muscle deltoïde par un espace triangulaire, la gouttière deltoïdo-pectorale, ou fosse de Mohrenheim remplie de tissu graisseux (2). Cette gouttière loge la veine céphalique, accompagnée de lymphatiques sur le trajet desquels Blandin a décrit des ganglions, et une artériole, branche de l'acromio-thoracique.

La face postérieure du grand pectoral abandonne la paroi thoracique après s'y être insérée, et constitue ainsi, avec le petit pectoral, la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

PETIT PECTORAL. — Muscle aplati et triangulaire situé sous le grand pectoral. Il s'insère sur la face externe des troisième, quatrième et cinquième côtes, par trois digitations charnues; le muscle ainsi

1. Sébileau. *Démonstrations d'anatomie.*

2. Tillaux. *Traité d'anatomie topographique*, et Rudinger. *Précis d'anatomie topographique.*

formé se dirige en haut et en dehors, et va se fixer par un fort tendon à l'apophyse coracoïde.

Il est recouvert dans toute son étendue par le grand pectoral. Sa face postérieure recouvre les côtes, le grand dentelé, et les organes contenus dans l'aisselle. Son bord inférieur donne insertion à l'aponévrose clavi-axillaire.

APONÉVROSES.

1° *L'aponévrose du grand pectoral* s'insère sur le bord antérieur de la clavicule, sur le sternum. Au bord inférieur du muscle grand pectoral elle se dédouble, un feuillet recouvre la face profonde de ce muscle, un autre feuillet va rejoindre l'aponévrose du grand dorsal et ferme en bas le creux de l'aisselle.

2° *Aponévrose clavi-pectorale.* — Elle part de la gaine du sous-clavier et de l'apophyse coracoïde, elle recouvre le triangle qui sépare le sous-clavier du petit pectoral, puis elle forme par dédoublement une gaine au petit pectoral, et se continue en bas pour aller s'attacher à la base du creux de l'aisselle et à l'aponévrose brachiale. Cette dernière partie de l'aponévrose, de forme triangulaire, a été appelée par Gerdy ligament suspenseur de l'aisselle.

L'aponévrose clavi-pectorale est traversée par

quatre organes : 1° l'artère acromio-thoracique ; 2° la veine acromio-thoracique ; 3° la veine céphalique ; 4° le nerf grand thoracique antérieur.

Il faut aussi noter l'existence d'une couche de tissu cellulaire lamelleux entre le grand et le petit pectoral, et une seconde couche de ce même tissu sous le petit pectoral.

VAISSEAUX

Cette région est irriguée par l'artère ACROMIO-THORACIQUE.

L'artère acromio-thoracique vient de l'artère axillaire, au niveau du bord supérieur du petit pectoral, elle traverse l'aponévrose clavi-pectorale et se divise en deux branches :

1° La branche *thoracique supérieure* qui se dirige en bas et en dedans, entre les deux pectoraux auxquels elle donne des rameaux. Quelques-uns de ces rameaux traversent le grand pectoral et vont dans la glande mammaire.

2° La deuxième branche, ou *branche acromiale*, se porte vers le deltoïde, et se divise en deux rameaux dont l'un, le rameau deltoïdien, descend dans le sillon de séparation du deltoïde et du grand pectoral, et envoie ses branches terminales dans ces deux muscles.

Veines. — Deux veines acromio-thoraciques

accompagnent l'artère. Il n'y a rien de particulier à signaler.

NERFS

Il y a deux nerfs : le nerf du grand pectoral, et le nerf du petit pectoral.

1° Le nerf du grand pectoral, ou *grand nerf thoracique antérieur*, se détache de la branche supérieure du septième cervical et du tronc de jonction de la cinquième et de la sixième paires cervicales. Il se dirige en bas et en dedans, passe devant l'artère sous-clavière, envoie au nerf du petit pectoral une anastomose qui passe derrière l'artère, puis va à la face profonde du grand pectoral dans lequel il se distribue.

2° Le nerf du petit pectoral, ou *petit nerf thoracique antérieur*, vient du tronc de jonction du huitième nerf cervical avec le premier nerf dorsal. Il se dirige en bas, passe derrière l'artère sous-clavière, s'anastomose avec le rameau qui vient du nerf du grand pectoral. Il envoie des rameaux superficiels qui traversent l'aponévrose clavi-pectorale et vont se perdre dans le grand pectoral ; des rameaux profonds qui pénètrent dans le petit pectoral par sa face profonde, quelques-uns de ces rameaux traversent le petit pectoral et vont se terminer dans le grand pectoral.

LYMPHIATIQUES

Il était utile de rechercher s'il n'y a pas de ganglions lymphatiques entre le grand et le petit pectoral, ganglions dans lesquels pourraient se développer des tumeurs secondaires.

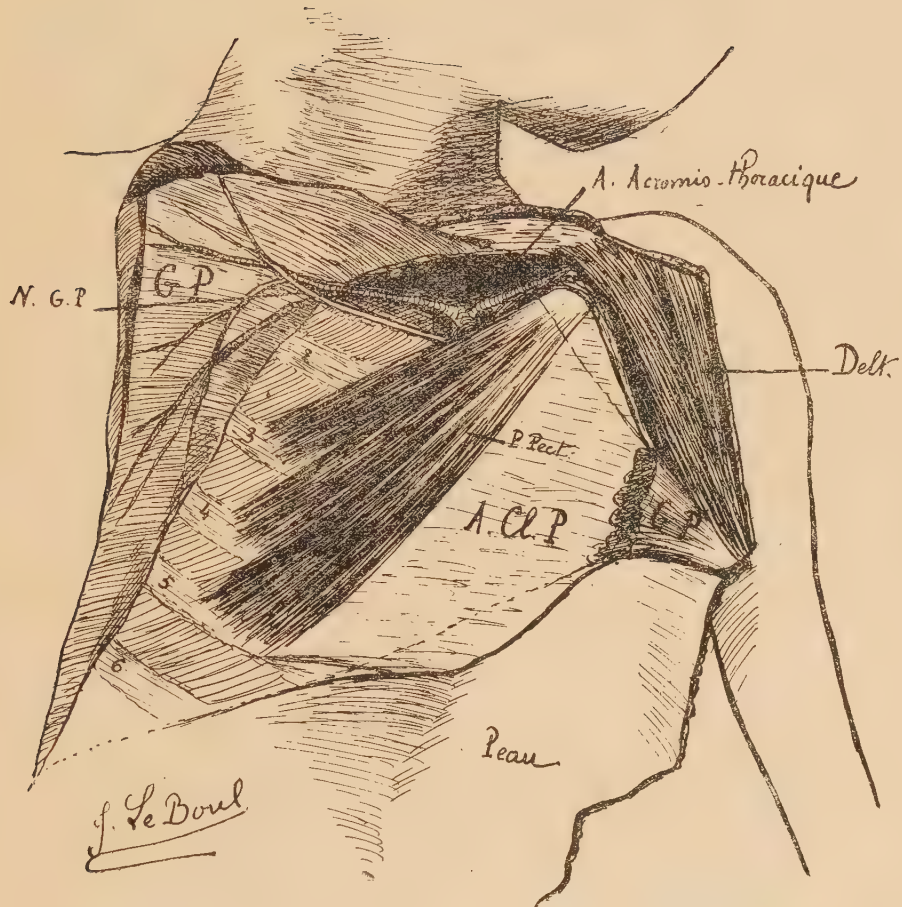
Les auteurs que nous avons consultés n'ont jamais trouvé de ganglions lymphatiques entre ces deux muscles.

M. Kirrison et M. Poirier (1) parlent de ganglions situés sur le bord du grand pectoral, mais ne connaissent pas de ganglions entre le grand et le petit pectoral.

Nous-même avons fait des recherches sur de jeunes sujets dans le laboratoire de M. Quénu, directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux. Nous n'avons pu trouver non plus de ganglions entre le grand et le petit pectoral.

Nous ne parlerons pas des autres ganglions de la région, leurs affections ne rentrant pas dans le cadre de notre étude.

1. Kirrison. Société anatomique, 1882. — Poirier. *Progrès médical*, 1888.



CHAPITRE II

ANOMALIES.

Certaines anomalies, bien qu'assez rares, pourraient quelquefois être une cause d'embarras dans le diagnostic. Aussi croyons-nous important d'en parler ici, et de citer quelques observations sur l'absence ou le développement incomplet de ces muscles.

Dans son *traité d'Anatomie* M. Testut dit à l'article Grand Pectoral (variétés), page 577 du tome I : que ce muscle peut se fusionner sur la ligne médiane avec celui du côté opposé, qu'il peut aussi se fusionner avec le deltoïde. D'autres fois la portion claviculaire du grand pectoral est séparée de sa portion sterno-costale par un interstice de plusieurs centimètres. Tiedman et Macalister ont rapporté chacun un cas dans lequel le grand pectoral était divisé en deux portions ou nappes distinctes, l'une superficielle et l'autre profonde.

A l'article Petit Pectoral (variétés), page 578,

tome I, du même traité, l'absence du petit pectoral est signalée. Il est noté aussi que les insertions internes de ce muscle peuvent s'étendre jusqu'à la première côte en haut, en bas jusqu'à la sixième.

Il existe quelquefois un petit faisceau musculaire qui va de la première côte et de la poignée du sternum à l'apophyse coracoïde, c'est le *pectoralis minimus* de Gruber.

1. L'absence congénitale des deux petits et des deux grands pectoraux a été constatée par Von Noorden (1) chez un sujet de 43 ans tuberculeux, dont le thorax était remarquablement aplati. A droite on notait le défaut complet des deux pectoraux, tandis qu'à gauche on trouvait encore la portion claviculaire du grand pectoral, la portion sterno-costale était absente ainsi que le petit pectoral.

2. Dans un autre cas le même auteur a vu manquer la portion sterno-costale du grand pectoral et le petit pectoral du côté gauche. Cette anomalie ne déterminait aucun trouble fonctionnel.

3. O. Berger (2) a colligé des exemples de disparition des muscles pectoraux. Nous rapportons ici un cas qu'il a observé lui-même :

1. Von Noorden. *Deutsche Med. Woch.*; n° 39, 1885, et *Revue de Hayem*, 1887, p. 465, t. XXIX.

2. O. Berger. *Angeborner Defect der Brustmuskeln* (*Archiv. für path. Anat. und Phys.* Tome LXXII, p. 438).

J. R..., 23 ans, tabletier. Parents et sœur en bonne santé. Jamais il n'y a eu dans la famille de défectuosités physiques ni de maladies nerveuses. Musculature générale peu développée. Du côté droit de la poitrine on observe l'absence de la portion sterno-costale et de la portion claviculaire du muscle grand pectoral. Le petit pectoral manque aussi, et l'excitation électrique ne détermine aucune contraction dans cette partie du corps. Le mamelon, l'aréole, le système pileux, le tissu graisseux sous-cutané sont manifestement en mauvais état. Outre l'absence des pectoraux on remarque une atrophie légère mais régulière de tous les muscles du côté droit du corps. R... n'a jamais été empêché dans son travail par ces anomalies musculaires, tous les mouvements volontaires se font très bien. La respiration se fait normalement.

Pour quelques autres observations que nous avons trouvées de ces anomalies nous nous contenterons de citer les ouvrages dans lesquels elles ont été publiées :

4. Absence des pectoraux et du grand dentelé gauche avec palmure des doigts ; par Bruns (*Berlin. Klin. Woch.*, I, p. 985, 1890).

5. Absence congénitale ou acquise des muscles thoraciques et contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive ; par Stintzing (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, XLV, p. 205).

6. Absence congénitale des muscles pectoraux. (*Münch. med. Woch.*, N° 27).

7. Un cas de développement incomplet du muscle grand pectoral chez un garçon de onze ans par Hagman (*Revue d'orthopédie*, 1^{er} sept. 1892).

8. Absence congénitale des muscles pectoraux droits par Littlewood (*Lancet*, 7 juillet 1894).

CHAPITRE III

TUMEURS. — CLASSIFICATION.

Nous ne ferons pas notre classification d'après l'anatomie pathologique des tumeurs. Cette classification ne pourrait être bonne puisqu'elle serait forcément modifiée lorsqu'on trouverait des tumeurs dont nous ne parlons pas, faute d'observations. D'ailleurs dans une étude restreinte à une région il vaut mieux faire une division clinique basée sur la connaissance exacte du siège de la tumeur.

C'est pourquoi nous pensons qu'il y aurait peut-être lieu, tant au point de vue de la symptomatologie que du traitement, de les diviser en trois groupes d'après leur siège anatomique :

Les tumeurs siégeant dans l'épaisseur du grand pectoral ;

Les tumeurs siégeant dans l'épaisseur du petit pectoral ;

Les tumeurs situées entre les deux muscles.

On pourrait même appeler *Intrapectorales* les tumeurs développées dans l'un des muscles pectoraux, les autres seraient nommées *Interpectorales*.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les symptômes particuliers à chaque tumeur.

Généralement, comme nous le montrent nos observations, les tumeurs que l'on rencontre dans la paroi antérieure de l'aisselle ne sont pas douloureuses au début. C'est le plus souvent par hasard que les malades les découvrent, et presque toujours ils en reportent l'origine à un coup ou à une chute.

On peut par le palper trouver une tumeur, soit très dure, soit dure, molle, ou fluctuante; tantôt elle est lisse et arrondie; d'autres fois elle est bosselée, ou lobulée, ou à surface irrégulière, mamelonnée; quelquefois on trouve le frémissement hydatique, etc.; différents symptômes qui servent au diagnostic des tumeurs entre elles.

Mais il est un symptôme commun à toutes les tumeurs développées dans la paroi antérieure de l'aisselle, symptôme très important qui nous sera

d'une grande utilité pour le diagnostic. Lorsqu'une tumeur est développée dans un muscle, elle est mobile quand le muscle est dans le relâchement, mais elle devient immobile lorsque le malade contracte ce muscle.

Or, ce procédé d'examen est applicable aux pectoraux : une tumeur formée dans l'un de ces muscles devient immobile quand il se contracte ; et il en est de même pour les tumeurs situées entre les pectoraux, parce qu'elles sont serrées entre ces deux muscles pendant les contractions.

DIAGNOSTIC

Il est des cas dans lesquels il n'est pas facile de diagnostiquer le siège d'une tumeur de la paroi antérieure du thorax. On peut quelquefois croire à une tumeur du sein, alors que le néoplasme s'est développé dans les muscles pectoraux. L'erreur a été commise, aussi allons-nous rechercher s'il y a des signes qui permettent de l'éviter. Cela est d'une certaine importance pour le traitement opératoire, car si la glande mammaire n'est pas atteinte il est inutile de la mutiler lorsqu'on peut aller chercher la tumeur sans ouvrir cette glande.

Lorsqu'une tumeur de la paroi antérieure de l'aisselle est située en dehors de la région du sein il paraît évident qu'on ne peut croire la glande atteinte. Cela est vrai dans la plupart des cas ; ce-

pendant on peut encore se tromper, et c'est ce que prouve un cas dont nous avons dernièrement recueilli l'observation dans le service de M. Quénu à l'hôpital Cochin et que nous donnons plus loin dans notre étude, cas dans lequel une tumeur développée dans un lobe erratique de la glande mammaire, près du sternum, avec adhérence au grand pectoral, faisait penser à une tumeur du grand pectoral.

Il est certain qu'on ne peut avoir de signes permettant sûrement de reconnaître si l'on est en présence d'un cas semblable.

Il en est autrement lorsqu'on a une tumeur des pectoraux siégeant au-dessous du sein.

Rappelons-nous ce que nous avons dit au chapitre des symptômes, qu'une tumeur située dans un muscle devient immobile lorsqu'on fait contracter ce muscle. Pour obtenir cela on ordonne au malade d'appuyer fortement la main sur un objet fixe, une table par exemple, comme le conseille M. Tillaux dans son *Traité de chirurgie*, si la tumeur reste mobile c'est qu'elle n'est pas développée dans les pectoraux. Pour faire contracter les muscles pectoraux on peut encore s'y prendre de cette façon : on dit au malade de faire des efforts pour rapprocher du corps son bras que l'on maintient écarté.

Mais on peut nous objecter que souvent une tumeur du sein adhère au grand pectoral, et qu'elle

devient par ce fait immobile quand ce muscle se contracte.

Si la tumeur est assez volumineuse on peut, par une palpation attentive du sein, reconnaître qu'elle se développe dans cet organe. Il faut aussi rechercher si le sein n'a pas perdu de sa mobilité.

Une tumeur du sein qui contracte des adhérences avec les parties voisines fait corps avec la glande. Et voici le moyen de reconnaître si la tumeur fait corps avec la glande, moyen qu'indique ainsi M. Tillaux dans son *Traité de chirurgie* :

« Si vous appliquez doucement le doigt à la surface d'une tumeur incorporée à la glande vous sentez un corps dur qui se continue insensiblement par sa circonférence avec les granulations de la glande sans ligne bien nette de démarcation. Vous sentirez, au contraire, s'il s'agit d'une tumeur indépendante, une séparation très nette entre le néoplasme et la glande. »

Le diagnostic avec les tumeurs développées dans le creux de l'aisselle est en général plus facile.

Les tumeurs des ganglions de l'aisselle adhèrent rarement à la paroi antérieure du creux axillaire.

Les tumeurs du creux de l'aisselle, à moins qu'elle n'aient acquis une grosseur considérable ou des adhérences, sont mobilisables, et elles le sont encore lorsqu'on fait contracter les muscles pectoraux.

Un anévrysme de l'artère axillaire pourrait peut-être quelquefois sembler difficile à diagnostiquer

d'un anévrysme de l'artère acromio-thoracique, mais les modifications du pouls radial du côté malade aideraient à le faire reconnaître.

Comme nous le voyons, le principal signe qui nous aide à diagnostiquer les tumeurs intrapecto-rales et interpecto-rales est celui que l'on obtient en faisant contracter les muscles, et encore ne nous donne-t-il pas toujours pleine satisfaction.

Nous devons aussi rechercher si des symptômes différents peuvent nous faire savoir dans lequel des deux pectoraux se trouve la tumeur, ou si elle est située entre ces deux muscles ; ce qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître.

Une tumeur située dans le grand pectoral est perceptible quand on palpe la poitrine dans une région qui s'étend en hauteur de la clavicule à la cinquième côte, et en largeur du sternum à la coulisse bicipitale de l'humérus. Il faut se rappeler que le bord inférieur du muscle est oblique en haut et en dehors ; on le sent d'ailleurs facilement en écartant le bras. Par le creux de l'aisselle on peut quelquefois sentir si la tumeur est bien développée dans le grand pectoral, parce que le petit pectoral est débordé par le grand quand on fait contracter ces muscles. Une tumeur du petit pectoral se reconnaîtrait avec le doigt dans le creux de l'aisselle. Il est certain cependant que le siège du néoplasme doit être souvent difficile à préciser, surtout lorsqu'on a une tumeur volumineuse.

Lorsqu'on a, comme dans une des observations de M. Quénu, une tumeur qui bombe dans le creux de l'aisselle et qu'on la sent le long du bord inférieur du grand pectoral, on peut penser qu'elle est située entre les deux muscles. Mais ce n'est pas une certitude.

PRONOSTIC.

Le pronostic dépend surtout de l'espèce de la tumeur. Il peut acquérir une certaine gravité par le voisinage d'organes importants, l'artère acromio-thoracique, l'artère et la veine axillaires, le plexus brachial ; la plèvre et le poumon.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire le pronostic particulier à chaque tumeur et nous passerons au traitement.

TRAITEMENT

Sauf pour les gommes syphilitiques qui peuvent souvent céder à une médication spéciale, le traitement le plus rationnel consiste dans l'ablation de la tumeur.

Pour les kystes hydatiques on a proposé de se borner à faire l'incision suivie de lavage, ou une injection avec un liquide antiseptique (1). Avec

1. Marguet. *Kystes hydatiques des muscles*. Th. Paris, 1888.
Bouilly. *Traitement des kystes hydatiques par l'incision ou les injections de sublimé* (*Mercredi médical*, 1892, p. 205).

M. Marguet nous croyons préférable de faire l'extirpation totale toutes les fois que c'est possible.

Si l'on a affaire à une tumeur maligne il ne faut pas craindre de faire l'ablation largement (1).

Quand la tumeur est située entre le grand et le petit pectoral on peut faire l'incision le long du bord inférieur du grand pectoral et récliner ce muscle.

Pour les tumeurs du petit pectoral il est peut-être préférable de les attaquer par la partie inférieure. On peut aussi, il est vrai, les atteindre par la partie supérieure en traversant le grand pectoral, mais il faut penser qu'on opère près de vaisseaux importants, et que l'hémostase peut n'être pas toujours facile à faire.

1. Lemaréchal. *Etude histologique et clinique de certaines tumeurs d'origine primitive intra-musculaire*. Th. Paris, 1880.
Combet. *Sarcômes primitifs des muscles*. Th. Paris, 1881.

CHAPITRE V

Les pectoraux, comme les autres muscles, sont sujets à quelques affections que nous ne ferons que citer.

Les ruptures musculaires. M. Devemy cite deux cas de ruptures du grand pectoral par le passage d'une roue de voiture (1).

M. Delorme a présenté à la Société de Chirurgie, à la séance du 21 février 1894, un malade atteint de rupture du grand pectoral.

Les muscles pectoraux, comme tous les muscles qui travaillent beaucoup, peuvent être atteints de myosite.

« Ainsi s'expliquent (2) ces abcès du grand pectoral gauche chez les forgerons, que dans certains pays on qualifie du nom de mamelle; les mouvements de la main gauche, qui tord le fer,

1. Devemy. *Contribution à l'étude des ruptures musculaires*. Th. Paris, 1878.

2. *Traité de chirurgie de Simon Duplay et Paul Reclus*. Tome I, p. 772.

provoquent sans doute des ruptures partielles dans l'adducteur du bras. »

On a trouvé la myosite phlegmoneuse diffuse ; la myosite ossifiante.

M. Desprès, dans sa thèse d'agrégation, cite plusieurs observations, nous rapportons la suivante dans laquelle les pectoraux semblaient surtout atteints.

OBSERVATION I (1).

Un ouvrier, habitant un quartier malsain, soupçonné d'avoir eu des rhumatismes.

A 18 ans, fracture de cuisse et santé ensuite moins bonne. En 1839, ankylose des mâchoires et roideur des membres. Le malade succombe à une entérite et à une congestion pulmonaire. Testelin et Dambessi ont trouvé des indurations osseuses surtout dans le sterno-mastoïdien et les pectoraux. Les pectoraux avaient une dureté osseuse, et des faisceaux de ces muscles apparaissaient comme des côtes saillantes.

Des gommès syphilitiques peuvent se développer dans les muscles pectoraux (1) ; des abcès froids, des tubercules.

1. Testelin et Dambessi, de Lille. *Gaz. méd.*, 1839, p. 171. Desprès. Thèse d'agrégation, 1866, p. 60. *Des tumeurs des muscles*.

2. *Traité de chirurgie de Simon Duplay et Paul Reclus*. Tome I, p. 790.

A cause de leurs rapports avec la glande mammaire les pectoraux sont souvent envahis par un néoplasme de cette glande. D'autres fois, ils peuvent être pris par récurrence après opération comme nous le voyons dans cette observation que M. Schwartz a eu l'obligeance de nous communiquer.

OBSERVATION II (inédite).

Mlle X., Quinze-Vingts. — Aveugle dès le jeune âge.

Sarcome kystique du sein droit gros comme un tête d'enfant. Pas de ganglions dans l'aisselle.

Ce sarcome a débuté il y a nombre d'années, il a beaucoup grossi dans ces derniers temps.

Gêne, douleurs. Peau rougie à la surface.

22 octobre 1893. — Ablation large. Réunion, drainage.

Guérit par première intention le 10 novembre.

Elle revient le 12 mars 1894. Elle a un petit noyau dans le grand pectoral, gros comme une noix et datant de 15 jours.

Ablation.

Elle guérit complètement le 22 juin.

Elle revient le 2 mars 1895 avec une énorme masse sarcomateuse de la région postérieure de l'aisselle, adhérent aux côtes et au grand dorsal.

Epanchement dans la plèvre droite.

Plèvre sarcomateuse.

Œdème des membres inférieurs.

Mort.

CHAPITRE VI

Maintenant que nous avons revu rapidement certaines affections des pectoraux qui leur sont communes avec les autres muscles, nous allons passer à l'étude particulière des tumeurs intra-pectorales et interpectorales.

Nous citerons d'abord les deux observations que M. Quénu a bien voulu nous permettre de publier ici, et nous les citerons telles que notre maître nous les a données dans sa leçon du 31 janvier 1894.

OBSERVATION III (inédite).

Kyste hydatique du petit pectoral.

« Ce cas concerne un malade de 40 ans qui est venu récemment me consulter pour une tuméfaction hémisphérique siégeant au niveau de la région thoracique antérieure. Cette tumeur soulevait la paroi antérieure du creux de l'aisselle et remontait jusqu'à la clavicule et à l'apophyse

coracoïde. Il y avait deux ou trois ans que mon malade avait constaté que ce côté était plus gros que l'autre, mais c'est seulement depuis trois mois que la tuméfaction avait beaucoup augmenté. L'examen par la paroi antérieure me révéla que la tumeur ne siégeait pas sous la peau, et me permit de constater une fluctuation profonde et une rénitence très manifeste. Par le creux axillaire j'atteignis facilement la tumeur qui remplissait le creux tout entier. Elle ne semblait pas rattachée à la paroi externe; elle devenait d'autre part d'une immobilité absolue, quand le malade contractait ses muscles pectoraux.

« J'étais déjà fixé en partie : la tumeur appartenait, soit au grand, soit au petit pectoral. Je fis très nettement la localisation dans le petit pectoral pour les raisons suivantes : à l'état de contraction le bord inférieur du grand pectoral déborde le bord inférieur du petit; or, je constatai que lorsque mon malade contractait ses muscles pectoraux la tumeur était en retrait sur le bord inférieur du grand pectoral ; elle dessinait, pour ainsi dire, le contour inférieur du petit.

« Cette localisation dans le muscle petit pectoral étant définitivement établie, de quoi pouvait-il s'agir ?

« Les gommès n'ont pas des contours aussi nets ; elles sont toujours entourées d'une zone inflammatoire.

« Il existe encore dans les muscles des abcès froids. Ces abcès ne renferment pas toujours du pus, ils contiennent quelquefois de la sérosité transparente. J'ai pour ma part observé de ces abcès froids sans pus dans les muscles péroniers des jeunes enfants. J'éliminai l'abcès parce que mon malade n'avait jamais souffert localement : vraisemblablement avec un abcès il aurait souffert, un peu au commencement tout au moins. Son état général était

resté intact; du côté de ses antécédents héréditaires et personnels je n'avais aucune raison de penser à la tuberculose.

« S'agissait-il d'un sarcome? Evidemment non avec cette lenteur de développement. J'aurais pu supposer une tumeur maligne avec productions kystiques, mais je n'observai pas de parties dures comme on en rencontre toujours dans ces kystes de sarcome.

« Il ne pouvait s'agir d'un hématome, mon malade n'avait jamais eu de rupture musculaire; en l'interrogeant, je ne trouvai pas trace de traumatisme. D'ailleurs, un hématome a une marche inverse : après avoir été gros, il diminue de volume; après avoir été fluctuant, il cesse de l'être.

« J'arrivai ainsi par élimination, et bien que je n'aie pas observé de frémissement hydatique au diagnostic de kyste hydatique du petit pectoral. Cette absence de frémissement pathognomonique était évidemment due à la situation profonde de la tumeur.

« J'ai opéré ce malade hier. Après avoir traversé les fibres du grand pectoral, je suis arrivé sur le petit pectoral; j'ai alors ouvert une poche d'où il s'est écoulé une très grande quantité de ces petites vésicules. Une fois la poche vidée, j'essayai d'exciser une partie de la paroi du kyste pour obtenir une guérison plus rapide. Il se produisit alors quelques particularités que je tiens à vous faire connaître. J'attirai la poche, et en même temps tout ce qui adhérerait à la poche, c'est-à-dire les branches internes de l'artère acromio-thoracique, de sorte que, à un moment, je coupai une grosse branche de cette artère, et comme le tout était profondément situé et que l'hémor-

rhagie se passait dans le fond d'un véritable entonnoir, j'eus beaucoup de peine à faire l'hémostase.

« A l'avenir, en pareil cas, au lieu d'attaquer la poche par la partie supérieure, je l'exciserai uniquement par sa partie inférieure, et je me garderai bien de toucher à son dôme toujours voisin de grosses branches artérielles. »

OBSERVATION IV (inédite).

Lipome situé entre le grand et le petit pectoral.

« Dans ce cas, il s'agit d'un malade que j'ai opéré dans ce service, il y a deux ans, d'un lipome situé entre le grand et le petit pectoral, et qui bombait d'une part à la région thoracique, et d'autre part dans le creux de l'aisselle, lorsqu'on en déprimait le fond. Cette tumeur était immobile quand on faisait contracter les muscles pectoraux. Cette immobilité se rencontre également dans les tumeurs du contenu de l'aisselle qui sont adhérentes à la paroi antérieure; mais d'ordinaire les tumeurs du contenu adhèrent à la paroi interne ou aux vaisseaux. Il existe, en effet, des ganglions lymphatiques appliqués à la veine axillaire; aussi m'est-il arrivé deux ou trois fois de réséquer cette veine par suite d'adhérences des ganglions à la paroi veineuse. J'ai rarement vu les ganglions adhérer à l'artère. Rappelez-vous que les tumeurs des ganglions de l'aisselle adhèrent rarement à la paroi antérieure du creux axillaire.

« Aussi, quand je trouvai cette tumeur appréciable par le creux de l'aisselle, mais immobilisée par la contraction des muscles grand et petit pectoral, je pensai qu'elle sié-

geait dans les muscles ou entre les muscles. De plus, comme on la sentait le long du bord inférieur du grand pectoral, je pensai qu'elle pouvait être entre les deux muscles.

« J'avais fait de cette tumeur, qui était fluctuante, rénitente et élastique, un lipome profond ou un abcès froid. Je sais bien que les lipomes sont ordinairement sous-cutanés, mais il en existe de profonds, j'en ai moi-même présenté un cas à la Société de Chirurgie.

« J'opérai mon malade : je fis une longue incision le long du bord inférieur du grand pectoral ; je réclinai ce muscle, j'arrivai sur la tumeur que j'énucleai facilement. Il s'agissait bien d'une tumeur lipomateuse située entre le grand et le petit pectoral. »

Malgré nos recherches nous n'avons pu trouver d'autres tumeurs situées dans le petit pectoral ou entre les deux pectoraux.

On pourrait peut-être rencontrer des anévrysmes des vaisseaux acromio-thoraciques, d'autant plus que cette région est très exposée aux blessures produites par des instruments piquants et tranchants, coups d'épée, coup de couteau. Nous n'avons rien trouvé de ce côté.

Nélaton dans sa thèse de concours (1) donne une observation de tumeur veineuse qui occupait le creux de l'aisselle et toute la région du grand pectoral. Les chirurgiens qui l'avaient examinée

1. Nélaton. *De l'influence des positions dans les maladies chirurgicales*. Thèse de concours, 1851.

avaient diagnostiqué un cancer et s'apprêtaient à l'opérer; Nélaton reconnut une tumeur veineuse, la tumeur ne fut pas opérée et céda à des applications de compresses d'eau froide.

Dans une clinique de 1851 sur les tumeurs syphilitiques des muscles Nélaton (1) cite deux cas de kystes hydatiques des muscles, l'un situé dans le brachial antérieur, le second dans le grand pectoral que voici :

OBSERVATION V

« Le deuxième cas est fort curieux; c'était chez une dame en ville. La tumeur s'était développée dans l'épaisseur du grand pectoral; elle avait repoussé la mamelle en avant, s'en était en quelque sorte coiffée. On avait cru à une affection cancéreuse et je fus appelé pour faire l'opération; mais ce seul fait que la tumeur avait son siège dans l'épaisseur du muscle me porta à penser qu'il s'agissait uniquement d'une tumeur hydatique. Je fis une incision qui a dû pénétrer dans l'épaisseur du muscle, et je fis sortir par cette incision plusieurs hydatides grosses comme des noisettes, la malade a parfaitement guéri. »

M. *Verneuil* a présenté à la société d'anatomie le 19 février 1856 une tumeur de la paroi antérieure de l'aisselle, sans en donner, malheureusement, le siège exact.

1. Nélaton. *Tumeurs syphilitiques des muscles* (*Gaz. des hôpitaux*, 1851, p. 349).

OBSERVATION VI (1).

M. Verneuil présente une petite tumeur extraite par M. Guersant de la partie antérieure de l'aisselle d'un malade. Le chirurgien pratiqua une ponction qui donna issue d'abord à du liquide clair; puis en pressant le pourtour de la petite plaie, à une masse grosse comme une petite noisette, d'une consistance caséuse, fragile, se laissant dissocier avec facilité, et d'une couleur blanc-jaunâtre. M. Verneuil a étudié avec soin cette substance, et ne sait comment la classer. Elle est grumeleuse, sans structure, opaque : c'est avec la matière sébacée qu'elle offre le plus d'analogie, sans qu'on puisse dire cependant qu'elle est constituée par cette matière.

Nous trouvons dans le journal *Lancet* les deux observations suivantes ayant trait, l'une à une tumeur fibro-adipeuse, l'autre à un hématome.

OBSERVATION VII (2).

Muscular tumour of the breast.

Un cas assez rare, dit la *Lancet*, fut soumis à l'attention des élèves de l'hôpital Saint-Georges par M. Cutler. C'était une tumeur dure de la grosseur d'une orange, dans le sein

1. *Bulletin de la société d'anatomie*, février 1856, p. 49.
2. *Lancet*. Tome I, 1857, p. 486.

gauche d'un jeune homme, reçu un mois auparavant supposé atteint d'une altération de structure du muscle pectoral, qui avait commencé depuis quatre ans. La tumeur avait graduellement augmenté de volume.

Quoiqu'il fût difficile d'en déterminer la nature, M. Cutler pensa qu'il était bon de l'enlever, ce qui fut fait sous le chloroforme. A l'œil nu elle semblait une hypertrophie du tissu musculaire. Il y avait en même temps des altérations dans la structure, et probablement un accroissement du tissu graisseux et fibreux.

OBSERVATION VIII (1).

Une jeune fille de 14 ans qui 4 mois avant avait reçu un coup sur la poitrine immédiatement au-dessous de la clavicule droite, vers le sternum. Il se forma une tumeur qui atteignit la grosseur d'un œuf de poule. La tumeur était évidemment située profondément, on avait une sensation de fluctuation profonde. Elle était de densité inégale et formait des lobes. En dix jours elle augmenta beaucoup de volume.

Diverses opinions furent hasardées sur sa nature. Une ponction ne donna rien que quelques gouttes de sang. On fit l'opération. M. Moore fit une dissection patiente et soigneuse, et trouva une infiltration avec dépôt fibreux dans le grand pectoral. La partie superficielle était saine, au-dessous cela simulait un anévrysme. En fait, à la section, on trouva une masse jaunâtre de consistance ferme ressemblant au caillot d'un vieil anévrysme. Au microscope

1. *Lancet*. Vol. I, 1861, p. 261.

on trouva que ce n'était que de la fibrine qui avait infiltré le muscle et avait pris la forme d'une tumeur. On ne découvrit pas d'artère en connexion avec elle.

La guérison se fit bien.

Teevan dans un article paru à la *British and foreign review* sur les tumeurs des muscles volontaires, cite un certain nombre de tumeurs du grand pectoral. L'examen histologique de ces tumeurs a été fait d'une façon très incomplète. Comme il n'entre pas dans notre plan de discuter la nature des tumeurs, nous transcrirons ces observations telles que *Teevan* les donne avec les sources auxquelles il a puisé (1).

OBSERVATION IX

« Medullary cancer » dans le grand pectoral d'un homme. Il était d'un gros volume et datait de onze mois. On le supposa causé par une foulure. Il amena rapidement la mort (*Saint-George's Hosp. Mus.*, Série 5).

OBSERVATION X

« Medullary cancer » dans le grand pectoral d'un homme âgé de 34 ans. Tumeur grosse comme un melon datant de

1. *Teevan*. *On tumours in voluntary Muscles* (*British and foreign medico-surgical Review*. T. 32, année 1863, p. 505).

deux ans. La tumeur et le muscle entier furent excisés ; la mort survint le douzième jour (*Ed. Med. and Surg. Journal*, vol. II, 1861, p. 612).

OBSERVATION XI

Un kyste dans le muscle grand pectoral (*Saint-Barth. Hosp. Mus.*, n° 202).

OBSERVATION XII

Tumeur cancéreuse entre les faisceaux du muscle grand pectoral sains (Pièce du musée du collège royal des chirurgiens, n° 345).

Il y a encore quelques autres observations de Teevan que nous citons ailleurs parce que nous les avons trouvées plus complètes. M. Vignes dans sa thèse donne les deux observations suivantes de tumeurs du grand pectoral (1), qui se trouvent aussi résumées dans la thèse d'agrégation de M. Desprès.

1. Vignes. *Du cancer primitif des muscles*. Th. Paris, 1862. — Desprès. *Tumeurs des muscles*. Th. d'agrégation, 1863. — Teevan. *Brit and for. medico-chirurg. Review*, 1863, t. 32.

OBSERVATION XIII

Tumeur fibro-plastique du grand pectoral.

Il entra le 17 août 1852 à l'Hôtel-Dieu dans le service de Roux, suppléé alors par M. le professeur Gosselin, un jeune homme de 23 ans, qui s'était aperçu six mois avant son entrée qu'il avait dans l'aisselle une tumeur qui s'est accrue peu à peu jusqu'à acquérir le volume d'une grosse tête de fœtus. Elle est arrondie et s'arrête en dehors contre le relief deltoïdien, en dedans à 10 centimètres de la ligne médiané du tronc, en haut à deux travers de doigt au dessous de la clavicule, laissant la région sous-claviculaire parfaitement nette. Cette tumeur repousse fortement le muscle grand pectoral en avant, et fait surtout saillie dans le creux de l'aisselle où elle présente une bosselure considérable. La peau qui la recouvre est normale, sauf dans les points qui font saillie inférieurement dans le creux de l'aisselle où elle est un peu bleuâtre, et où il y a plusieurs points excoriés; mais on peut penser que c'est l'emploi de pommades irritantes qui a donné lieu à ce résultat.

La tumeur s'est développée sans douleur; il n'y a que de la gêne dans les mouvements du bras et un sentiment de pesanteur, pas d'engorgement ganglionnaire dans les environs. Au moyen de la palpation l'on sent que la portion qui fait saillie dans le creux de l'aisselle présente quelques bosselures indurées. La tumeur prise avec la main présente une certaine mobilité sur les parties profondes. La contraction du grand pectoral diminue un peu

la saillie de la tumeur en avant et on sent la contraction des fibres musculaires qui la brident en ce sens.

On fait une ponction de la tumeur qui donne issue à une sérosité citrine sanguinolente.

On fait l'opération. C'est au milieu des fibres distendues du grand pectoral qu'on trouve une tumeur dont la dissection donne lieu à plusieurs reprises à la sortie d'une assez grande quantité de liquide, tantôt séreux, citrin, le plus souvent sanguinolent. Celiquide sortait manifestement des kystes divers qui constituaient une partie de la tumeur.

La dissection de la tumeur, qui était assez bien limitée, du moins en plusieurs points, et qui remplissait le creux de l'aisselle, a été facile. Cependant on n'a pas pu l'enucléer avec la main; presque tout le muscle grand pectoral a été enlevé avec la tumeur; il est toutefois resté une partie du tendon avec quelques fibres musculaires. Le malade n'a pas perdu beaucoup de sang.

L'examen de la tumeur a démontré l'existence de plusieurs kystes dont le contenu s'était écoulé en partie pendant l'opération, et d'une matière solide d'une couleur grisâtre, présentant peu de fermeté, se réduisant en grumeaux sous la pression du doigt.

Au microscope on n'a trouvé que des éléments fibroplastiques.

Un mois après la plaie était complètement cicatrisée, et le malade pouvait faire mouvoir son bras comme si le muscle grand pectoral n'avait pas été intéressé.

Ce malade est revenu voir le professeur Gosselin le 1^{er} juin 1854. Il avait une nouvelle tumeur développée dans et sous la cicatrice, et paraissant de même nature que la première.

OBSERVATION XIV

Dans le *Compendium de chirurgie* (1) Bérard rapporte l'observation suivante :

Une jeune fille de 12 à 13 ans, ayant fait une chute d'un lieu élevé, ressentit une douleur assez vive dans la partie antérieure de l'aisselle. Quelques mois après, sa mère s'aperçut qu'il y avait en cet endroit une tumeur dure, du volume d'une noisette.

Bérard vit à cette époque la jeune personne et reconnut dans l'épaisseur du grand pectoral, près de son bord axillaire, un engorgement d'une dureté pierreuse, dans lequel des douleurs lancinantes se faisaient sentir de temps en temps. Malgré les résolutifs sous toutes les formes, la tumeur fit des progrès ; elle s'étendit vers la clavicule ; sa consistance diminuait à mesure qu'elle augmentait de volume. La malade fut soumise à l'examen de plusieurs professeurs de la Faculté, Marjolin, Sanson, Blandin, Velpeau et J. Cloquet. Tous pensèrent qu'il convenait de recourir à l'ablation de la tumeur.

L'opération fut exécutée par J. Cloquet. Pendant la dissection de la tumeur, il fut évident que le mal avait son siège exclusif dans le tissu même du grand pectoral. L'inspection de la partie enlevée fit reconnaître la dégénérescence encéphaloïde à divers degrés de ramollissement. La récurrence eut lieu avant la cicatrisation de la plaie, et la jeune fille succomba au bout de quelques mois. Sa grand'

1. *Compendium de chirurgie*, T. II, p. 205.

mère et son grand-oncle étaient morts tous deux d'affection cancéreuse.

Il faut maintenant arriver jusqu'à l'année 1879 pour trouver d'autres observations de tumeurs de la paroi antérieure de l'aisselle. A cette époque, M. Bax opéra un kyste hydatique du grand pectoral dont voici l'observation :

OBSERVATION XV (1).

Une femme de 30 ans portait depuis 4 à 5 ans une petite tumeur sur la poitrine entre le sein et l'aisselle du côté droit; cette tumeur étant venue à grossir et à gêner les mouvements du bras, la malade voulut en être débarrassée.

La tumeur arrondie, de la grosseur d'une forte noix, était à trois travers de doigt au-dessus du rebord du grand pectoral; les doigts enfoncés dans l'aisselle ne la sentaient que vaguement.

La peau glissait facilement sur la tumeur qui était dure et semblait intimement adhérente aux fibres du muscle. L'excision de la peau mit à nu une tumeur d'un blanc nacré qui enfonçait entre les fibres musculaires.

Un coup de bistouri amena l'issue d'un jet de liquide clair, en même temps que disparaissait toute trace de la tumeur.

L'enveloppe mince avait été projetée avec le liquide : c'était une hydatide.

1. Bax. *Kyste hydatique du grand pectoral* (Revue du Nord-Est, juillet 1879) et *Revue de Hayem*, 1881, tome XVII, p. 147.

M. Sébilleau a communiqué à M. Quénu, qui l'a cité dans sa leçon du 31 janvier 1894, un cas de kyste hydatique du grand pectoral observé avec M. Lyot dans le service de M. Le Dentu.

OBSERVATION XVI

Il s'agit d'une femme de 65 ans atteinte d'une tumeur siégeant juste au-dessous de la partie externe du bord antérieur de la clavicule, et pour laquelle le diagnostic de lipome avait été porté.

L'opération est faite. La tumeur est recouverte par les fibres du grand pectoral, on incise les fibres de ce muscle et on tombe sur une tumeur située au milieu même des faisceaux musculaires. L'énucléation fut très facile, peut-être à cause de la présence entre les faisceaux du grand pectoral des couches celluleuses très lâches qui les isolent à l'état normal. La poche fut ouverte, elle contenait des vésicules. Il s'agissait d'un kyste hydatique développé dans l'épaisseur même du grand pectoral.

OBSERVATION XVII

M. Hartmann a présenté à la Société d'anatomie un lipome du grand pectoral qu'il avait enlevé sur un cadavre.

Au congrès de chirurgie de 1894 le Dr J. Reboul, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, a présenté

quelques cas de kystes hydatiques des muscles, dont un du grand pectoral dont nous transcrivons l'observation.

OBSERVATION XVIII

M. B..., 29 ans, tumeur de la région mammaire droite. Le médecin du malade pense à une tumeur maligne du sein. Le Dr Brousson fait une ponction exploratrice qui donne issue à du liquide hydatique. La tumeur est alors incisée, elle est formée d'une poche kystique renfermant de nombreuses hydatides et développée dans l'épaisseur du grand pectoral. Quelques jours après on voit survenir un abcès de la partie antéro-inférieure de la région thoracique gauche : incision, issue d'une membrane hydatique, hernie du poumon. On constate un vaste prolongement de la cavité kystique remontant jusqu'au troisième espace intercostal ; contre-ouverture, drainage, lavages antiseptiques. Guérison un mois après.

Nous avons recueilli dans le service de M. Quénu à l'hôpital Cochin, une observation de tumeur que nous donnons dans cette étude, bien que cette tumeur ne fût qu'adhérente au grand pectoral, à cause de l'intérêt qu'elle présente pour le diagnostic.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Femme de 38 ans, couturière, entrée le 16 mai 1895 dans le service de M. Quénu à l'hôpital Cochin.

A l'âge de 18 ans, elle a été opérée au Havre, d'une

tumeur située sur la mamelle droite, on en voit encore la cicatrice longue de quatre centimètres située à trois centimètres du mamelon. Le médecin lui avait dit que c'était un adénome.

Il y a un an, elle s'est aperçu par hasard en se nettoyant qu'elle avait une tumeur située du même côté, de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur a d'abord grossi lentement, depuis quelque temps, elle grossit assez vite.

État actuel. — Tumeur grosse comme une noix, située entre les deuxième et troisième espaces intercostaux droits près du sternum.

Elle est aplatie et élargie dans le sens transversal, son grand axe est dirigé en bas et en dehors. Le contour en est bien limité.

Mobile sur les parties profondes, elle paraît tenir aux fibres du grand pectoral. Elle devient immobile quand on fait contracter ce muscle.

Elle est acuminée, recouverte par la peau qui a conservé son aspect normal, mais qui lui adhère par sa face profonde.

Elle est de consistance ligueuse, complètement indolente.

Pas de ganglion. État général excellent.

Opération. — Le 21 mai 1895, la tumeur fut enlevée par M. Quénu, avec la portion sous-jacente du grand pectoral en rasant les côtes. La glande mammaire fut aussi enlevée de crainte de récidive par les lymphatiques nombreux de cette glande.

C'était un squirrhe adhérent à la peau par de nombreux tractus, et adhérent au grand pectoral, fort probablement développé dans un lobe éloigné de la glande mammaire.

La tumeur du sein qu'on enleva à cette femme il y a vingt ans, était, nous dit-elle, un adénome. Il serait intéressant de chercher s'il y a un rapport entre ces deux tumeurs apparaissant à des dates aussi éloignées, mais cela s'écarterait de notre sujet.

Ce qui est important pour nous dans cette observation, c'est de constater que cette tumeur, qui semblait appartenir au grand pectoral, s'était développée en dehors de ce muscle.

RÉSUMÉ

I. — Les tumeurs de la paroi antérieure de l'aisselle, quoique assez rares, sont cependant intéressantes à connaître et à étudier pour le diagnostic des tumeurs du sein, et des tumeurs développées dans le creux axillaire.

II. — Leurs symptômes et leur pronostic varient avec les différentes tumeurs.

III. — Le diagnostic du siège de ces tumeurs n'est pas toujours facile. Elles peuvent être prises pour des tumeurs du sein. Le principal signe qui fait reconnaître que ces tumeurs sont développées dans les pectoraux consiste à rechercher si elles sont mobiles ou immobiles lorsqu'on fait contracter ces muscles. Et encore ce signe ne donne-t-il pas toujours une pleine satisfaction.

Il est possible dans certains cas de diagnosti-

quer dans lequel des deux pectoraux siège la tumeur.

IV. — D'une façon générale il est préférable d'avoir recours au traitement opératoire. La tumeur doit être autant que possible enlevée complètement.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BAX. — Kyste hydatique du grand pectoral. Union médicale du Nord-Est, juillet 1879, et Revue de Hayem, 1881, tome XVII.
- BÉRARD. — Tumeur cancéreuse du grand pectoral. Compendium de chirurgie, tome II, p. 205.
- BERGER O. — Angeborener Defect der Brustmuskeln. Archiv. für path. anat. und phys., tome LXXII, p. 438.
- BOUILLY. — Traitement des kystes hydatiques par l'incision ou les injections de sublimé. Mercredi médical, 1892, p. 203.
- BRUNS. — Absence des pectoraux et du grand dentelé gauche avec palmure des doigts. Berlin. Klin. Woch., 14 oct. 1890, vol. I, p. 985.
- CUTLER. — Muscular tumour of the breast. Lancet, 1857, t. I, p. 186.
- DELORME. — Rupture du grand pectoral. Bulletin de la Société de chirurgie, 21 février 1894.
- DESPRÈS. — Des tumeurs des muscles. Th. d'agrégation, 1866.
- DEVEMY. — Contribution à l'étude des ruptures musculaires. Th. Paris, 1878.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. I, art. Muscles.

- HAGMAN. — Développement incomplet du muscle grand pectoral. *Revue d'orthopédie*, 1^{er} sept. 1892.
- KIRMISSON. — Ganglions axillaires. Société anatomique, 1882.
- LITTLEWOOD. — Absence congénitale des muscles pectoraux droits. *Lancet*, 7 juillet 1894.
- MARGUET. — Kystes hydatiques des muscles, th. Paris, 1888.
- MOORE. — Fibrous tumour in the pectoralis major. *Lancet*, 1861, t. I, p. 264.
- NÉLATON. — Tumeur veineuse de l'aisselle. De l'influence des positions dans les maladies chirurgicales. Th. de concours, 1851, p. 35.
- NÉLATON. — Kyste hydatique du grand pectoral, cité dans sa clinique sur les tumeurs syphilitiques des muscles. *Gaz. des hôpitaux*, 1851, p. 349.
- ORILLARD. — Kystes hydatiques des muscles. Th. Paris, 1869.
- PARMENTIER. — Tumeur fibro-plastique du grand pectoral. *Union médicale*, 29 août 1861.
- POIRIER. — Ganglions axillaires. *Progrès médical*, 1888.
- REBOUL. — Kyste hydatique du grand pectoral. Congrès de chirurgie de Lyon, 1894.
- RUDINGER. — Précis d'anatomie topographique.
- SÉBILEAU. — Démonstrations d'anatomie.
- STINTZING. — Absence des muscles thoraciques. *Deut. Arch. F. Klin. Méd.*, XLV, p. 205.
- TEEVAN. — On tumours in voluntary muscles. *British and foreign. Med. chir. review*, 1863, t. XXXII, p. 505 et suivantes.
- TESTELIN et DAMBESSI. — Tumeurs osseuses des muscles. *Gaz. méd.*, 1839, p. 171.
- TESTUT. — Traité d'anatomie, t. I.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.

VERNEUIL. — Tumeur de la paroi antérieure de l'aisselle.

Société anatomique bulletin, février 1856, p. 19.

VIGNES. — Deux tumeurs du grand pectoral dans sa thèse de 1862, sur les tumeurs dites cancéreuses des muscles.

VON NOORDEN. — Absence des pectoraux. Deut. Med. Woch., 1885, n° 39.

WILKINSON. — On the conversion of large muscles into bone. London med. gaz., 1846, vol. XXXVIII, p. 993.

